

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

31

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre GAY

Né le 14 Juillet 1913, à ORLEANS (Loiret)

Contribution à l'étude
des accidents dentaires consécutifs
aux malpositions de la dent de sagesse

Président : M. LEMAITRE Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre GAY

Né le 14 Juillet 1913, à ORLEANS (Loiret)

Contribution à l'étude

des accidents dentaires consécutifs
aux malpositions de la dent de sagesse

Président : M. LEMAITRE Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 N.....
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. . Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . Ophtalmologie.
 RICNET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CPABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR- VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY

Clinique médicale

MM
 BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 ECALLE
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Éducation physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON ARRIERE-GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-ONCLES

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MON ONCLE

Médecins

En témoignage de fidélité aux
traditions familiales.

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L'HIRONDEL

Stomatologiste de l'Hôpital Beaujon

Directeur de l'Ecole Française de Stomatologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et qui a bien voulu en diriger l'exécution.

Nous tenons à le remercier de l'inépuisable bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et nous le prions d'agréer ici l'expression de notre très profonde et très respectueuse reconnaissance pour toute la peine qu'il s'est donnée en guidant nos premiers pas dans la carrière stomatologique.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT
Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Antoine
Sous-Directeur de l'Ecole Française de Stomatologie

Toute notre gratitude pour l'enseignement qu'il a bien voulu nous prodiguer dans son service de l'Hôpital Saint-Antoine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLEURY
Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACAISSÉ
Stomatologiste des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACCIDENTS DENTAIRES CONSÉCUTIFS AUX MALPOSITIONS DE LA DENT DE SAGESSE

INTRODUCTION

Jusqu'ici les traités classiques n'ont jamais fourni une étude approfondie des troubles purement dentaires consécutifs à l'évolution pathologique de la dent de sagesse inférieure.

Cependant, quand elle est dirigée suivant un axe horizontal ou proche de l'horizontal, elle peut déterminer au niveau des autres dents, et plus spécialement de la deuxième molaire, différentes lésions anatomiques.

Sans doute de nombreux praticiens les ont observées, et M. BERCHER les mentionne dans sa pathologie dentaire, mais personne n'en a jamais donné une étude d'ensemble. Aussi, sur la suggestion de notre maître, M. le Docteur l'HIRONDEL, et en raison de plusieurs cas que nous avons constatés dans son service de l'hôpital Beaujon, il nous a paru intéressant de les grouper dans un même cadre et nous essayerons :

- 1° D'en tracer le tableau clinique;
- 2° De leur chercher une explication pathogénique;

3° De déterminer une conduite thérapeutique.

Pour terminer, nous donnerons un résumé de toutes les observations que nous avons pu rassembler

Nous ajouterons que le tableau clinique, les hypothèses pathogéniques et les conclusions thérapeutiques sont également valables pour la dent de sagesse supérieure.

Celle-ci peut en effet donner des accidents identiques dont nous rapporterons des observations; la différence ne porte que sur un point : la rareté beaucoup plus grande de ces complications.

TABLEAU CLINIQUE

Les lésions dentaires résultant d'une mal position de la dent de sagesse sont multiples. On peut les classer en plusieurs groupes parfaitement distincts par leurs signes cliniques, par leurs lésions anatomo-pathologiques.

En premier lieu nous étudierons la dentinite.

I. -- LA DENTINITE

I. — Forme normale.

Le tableau clinique est le suivant :

Un patient vient consulter parce qu'il ressent depuis quelques semaines ou quelques jours une douleur passagère qu'il localise assez bien au niveau de sa deuxième molaire.

C'est une douleur souvent vive, parfois même très vive; les aliments d'une température quelque peu accentuée (froid ou chaud) la provoque surtout s'ils sont liquides; les substances acides ou sucrées également. C'est une sensation brève, bien localisée, sans irradiations, jamais spontanée. Devant ces

symptômes le diagnostic de dentinite est évident. On examine la dent incriminée : la deuxième molaire. Trois cas sont possibles.

A. — Dentinite coronaire.

Rapidement le miroir montre, très bas sur la face distale, touchant le collet de la dent, une petite cavité noirâtre.

La sonde s'y accroche et provoque une douleur, l'excavateur ramène un peu de dentine ramollie.

Point capital : au niveau de cette cavité de carie, immédiatement en arrière d'elle et y pénétrant plus ou moins profondément suivant les cas, émergeant à peine de la muqueuse, apparaît le cuspide net, neuf, brillant d'une dent de sagesse en pleine évolution, très inclinée sur l'horizontale.

B. — Dentinite corono-radulaire.

La dent paraît saine à un examen superficiel, mais en recherchant soigneusement avec la sonde, on découvre une cavité invisible à l'œil nu, située à la hauteur du cul-de-sac gingival, à la limite de la couronne et de la racine. L'examen à la sonde est pathognomonique : en avant, on sent la cavité douloureuse remplie de dentine ramollie; en arrière, on glisse avec un léger crissement sur une saillie dure et bom-

bée : le cuspidé de la troisième molaire encore incluse dans la muqueuse.

C. — Dentinite radiculaire.

L'inspection à l'aide du miroir, l'examen à la sonde ne montre rien, la dent paraît absolument saine. On recherche la douleur provoquée au chaud et au froid : la dent est sensible, peut-être un peu plus que les voisines, mais souvent on ne saurait l'affirmer. On cherche sur les dents voisines une cavité de carie, parfois on en trouve une, à laquelle on attribue les troubles fonctionnels constatés, et on la soigne.

Au bout de quelques temps le patient revient; il souffre toujours, et même, la douleur est devenue plus vive, plus fréquente et plus prolongée, on fait alors une radiographie de la région. Elle montre une encoche en coup d'ongle siégeant sur la face postérieure de la racine distale de la dent de douze ans en général au niveau de son tiers supérieur, se rapprochant du collet sans l'atteindre.

En arrière on aperçoit une dent de sagesse horizontale qui vient buter sur la deuxième molaire au niveau de la carie. Tantôt il existe un espace d'un ou deux millimètres entre l'image lacunaire et la face triturante de la dent de sagesse, tantôt elle s'emboîte presque exactement dans la cavité.

2. — Formes cliniques.

A.. — Formes hypersensibles.

aux douleurs extrêmement vives, le malade n'ose plus manger du côté atteint, il ne boit que par petite gorgée.

B. — Formes peu sensibles.

à douleurs vagues, peu intenses, n'attirant pas l'attention du sujet. Ces formes sont fréquentes; un interrogatoire minutieux peut les mettre en évidence.

C. — Formes non douloureuses.

a) Elles surviennent chez des sujets aux dents bien calcifiées; la dent de sagesse ayant stabilisé son évolution, la deuxième molaire a élaboré une couche solide de dentine secondaire. Souvent ce sont des patients qui ont un peu souffert autrefois; ils ne s'en sont pas inquiétés et les symptômes ont peu à peu rétrocedé.

b) Le plus souvent la dent de douze ans avait présenté antérieurement une grosse carie de sa face triturante avec pulpite, on l'a devitalisée ou bien elle a évolué spontanément vers la gangrène pulpaire.

Sur cette dent dépourvue de sensibilité, la dentinite provoquée par la dent de sagesse se développe sans manifestations douloureuses.

D. — Formes à double carie.

La dent de douze ans, la dent de sagesse portent chacune une dentinite, les deux cavités s'affrontant; la plus étendue siège presque toujours sur la dent de douze ans.

E. — Formes compliquées.

Très souvent d'autres accidents des dents de sagesse peuvent coexister avec la dentinite de la deuxième molaire, tout spécialement des accidents infectieux, et en premier lieu le plus fréquent d'entre eux, la péricoronarite simple ou suppurée. Les signes fonctionnels de la carie sont alors masqués par un tableau clinique plus complexe; elle constitue une découverte de radjo.

F. — Dentinite à distance.

Certains auteurs ont signalé la possibilité de carie à distance. Les lésions siègent alors non seulement sur la dent de douze ans, mais également sur les dents plus antérieures. Ce tableau clinique ne peut

se réaliser que si toutes les dents sont présentes sur l'arcade sans diastème entre elles.

3° Evolution des dentinites.

En l'absence de toute thérapeutique ces dentinites ont évidemment tendance à s'étendre. Leur développement est même plus rapide que pour les caries ordinaires. En effet, elles sont situées très bas, masquées par la muqueuse, ne communiquant avec la cavité buccale que par un orifice extrêmement réduit, voir même virtuel. Dans ces conditions la virulence des germes microbiens tend à s'exalter.

Il en résulte :

Pour la dent de sagesse, une augmentation des chances d'accidents infectieux.

Pour la dent de douze ans, une évolution à brève délai vers la pulpite, plus rarement vers l'arthrite.

II. -- LA PULPITE

PULPITE CONGESTIVE

C'est en général au stade de pulpite congestive qu'on est amené à voir le patient. C'est en effet à cette période que les signes fonctionnels présentent le plus d'acuité.

1° **Forme normale.**

La douleur est le signe essentiel qui domine tout le tableau clinique. Dans la forme typique c'est une souffrance extrêmement vive, prolongée, voir même continue, souvent à renforcements nocturnes. Le maximum douloureux siège au niveau de la deuxième molaire avec, fréquemment, des irradiations vers l'oreille. Le chaud, le froid, les aliments sucrés ou acides l'exacerbent.

A cet élément fonctionnel caractéristique correspond, comme pour la dentinite, une lésion anatomique présentant trois localisations possibles.

A. — Pulpite coronaire.

La cavité siège à la partie toute inférieure de la face distale de la deuxième molaire, cavité profonde, partiellement remplie de dentine ramollie; la sonde s'y enfonce et provoque une douleur atroce lorsqu'elle atteint la pulpe.

B. — Pulpite corono-radulaire.

La carie, située très bas sur la couronne, s'enfonce également dans la racine. Souvent on aperçoit à peine l'orifice, partiellement masqué par le bourrelet gingival, alors qu'existe en profondeur une très grosse cavité.

Nous insisterons sur ces deux formes, surtout sur la dernière. En effet, fréquemment la dent de sagesse horizontale, cause de la pulpite, est située profondément sous la muqueuse, demeurant invisible à l'examen endo-bucal. On doit éviter de considérer cette carie comme une lésion de cause banale, il est essentiel de découvrir sa véritable étiologie; en effet, le traitement pour être efficace doit porter sur la troisième molaire aussi bien que sur la deuxième. D'où la nécessité d'un cliché radiologique qui permet en outre d'apprécier la forme et l'étendue de la cavité de carie.

C. — Pulpite radiculaire.

C'est la plus intéressante car c'est elle qui pose les problèmes diagnostiques les plus délicats.

Comme pour la dentinite, le miroir, la sonde ne montrent rien; la dent paraît saine. On cherche la sensibilité au chaud et au froid. Tantôt la réaction est très nette tantôt elle ne donne que des renseignements douteux.

Suivant les renseignements fournis par cette recherche de la douleur provoquée trois diagnostics différentiels peuvent être envisagés :

a) La réaction douloureuse est nette : la dent de douze ans est évidemment en cause; on pourra penser à une pulpite à rétro; quelquefois un clapier pyorrhéique ou quelques signes d'arthrite sembleront justifier l'hypothèse.

b) L'épreuve est d'interprétation douteuse : on évoque la possibilité d'une synalgie dento-dentaire et les cas sont fréquents où une lésion siégeant sur une autre dent égare le diagnostic.

c) Plus souvent encore, lorsque le malade présente un syndrome douloureux peu net dans ses caractères et dans sa localisation, moins nettement évocateur de pulpite, on pense à un accident muqueux, osseux ou nerveux d'évolution d'une dent de sagesse incluse et c'est la radio faite à cette occasion qui établit le diagnostic exact.

2° Formes cliniques.

A. — La grande crise névralgique.

Elle est marquée par son début brutal, son intensité extrême, la fréquence de ses irradiations multiples. Le malade a souvent de la peine, en raison même de l'exacerbation de sa souffrance, à préciser son siège exact. Des troubles vaso-moteurs se surajoutent. Cette forme est souvent celle qui, par l'imprécision de son siège, l'importance des troubles annexes sera le plus facilement confondu avec un accident nerveux au cours de l'évolution d'une troisième molaire incluse.

B. — La pulpite chronique.

Là encore les douleurs, souvent, intenses, sont fréquemment mal localisées. La recherche de la douleur provoquée est d'interprétation délicate. Comme la précédente cette forme expose aux erreurs de diagnostic.

C. — Forme à double carie.

Sur la dent de douze ans et sur la dent de sagesse. Celle-ci semble avoir été atteinte secondairement; sa lésion est toujours moins étendue, ce n'est souvent qu'une simple dentinite alors que la deuxième molaire présente une grosse cavité de pulpite. C'est la radio qui permet le mieux d'apprécier la valeur relative de ces deux caries.

D. — Formes compliquées.

D'autres accidents de dent de sagesse s'y surajoutent : comme pour la dentinite.

E. — Pulpite à rétro.

La dent de sagesse a déterminé une arthrite de la deuxième molaire, à laquelle a succédé une pulpite

à rétro. La radio est caractéristique : il n'y a pas d'image lacunaire sur la dent de douze ans; par contre, souvent un liseré noir, traduisant l'arthrite, entoure les deux racines de la dent.

3. — Evolution des pulpites aiguës.

Si l'on n'intervient pas, la pulpite va passer à la phase suppurée, puis gangreneuse. Une arthrite pourra également se surajouter.

PULPITE SUPPUREE

A ce stade les signes fonctionnels sont les mêmes; mais ils s'atténuent progressivement. Les douleurs sont moins vives, plus sourdes, plus rarement à caractères paroxystiques. La cavité dentinaire est plus étendue et pénètre plus largement la région pulpaire.

PULPITE GANGRENEUSE

Les douleurs spontanées ont complètement disparu; la douleur provoquée également. Nous n'insisterons pas davantage sur ces deux formes qui ne présentent rien de particulier pour notre étude.

Signalons toutefois qu'au stade de pulpite gangreneuse la flore microbienne est exceptionnellement abondante et virulente. Elle se trouve au contact

immédiat du sac péricoronaire de la dent de sagesse qui est ainsi exposé aux accidents infectieux les plus graves.

III. -- L'ARTHRITE

Elle peut revêtir deux formes : aiguë ou chronique.

I. — Arthrite aiguë.

Elle peut être la conséquence immédiate de l'évolution d'une dent de sagesse, ou bien elle n'en relève que d'une façon indirecte; c'est alors la complication d'une pulpite de la dent de douze ans.

Elle débute par une sensation de tension, par une douleur lancinante qui va en augmentant. A la période d'état le patient accuse une souffrance extrêmement vive lorsque les deux arcades entrent en occlusion au cours de la mastication. Il lui semble en outre que sa deuxième molaire est plus haute que normalement.

L'examen endo-buccal montre une rougeur gingivale localisée. La percussion transversale et surtout verticale est très douloureuse.

Cette arthrite aiguë peut en quelques jours s'atténuer et guérir ou au contraire évoluer vers la forme suppurée. Celle-ci peut, à son tour, dans les cas graves, être une cause d'ostéite, d'ostéo-phlegmons, voir même d'ostéomyélite.

Nous rappellerons en outre la possibilité de pulpite à rétro de la dent de douze ans que nous avons déjà signalée.

Aux signes d'arthrite s'ajoutent ceux de la pulpite qui viennent renforcer le tableau clinique préexistant et donne à la douleur une intensité exceptionnelle, le tout se produisant sur une dent saine en apparence.

Cette forme d'arthrite n'est pas la plus fréquente.

2. — Arthrite chronique.

Bien plus souvent on constatera l'existence d'une arthrite chronique.

La symptomatologie en est beaucoup plus atténuée; elle peut même être presque totalement silencieuse.

Le plus souvent elle se traduit par quelques poussées congestives légères : le patient se plaint de couleurs peu intenses, en général s'accompagnant d'irradiations vers l'oreille; c'est parfois plus une gêne qu'une souffrance. La percussion se montre un peu douloureuse.

La radiographie est indispensable pour le diagnostic que la clinique permet seulement de soupçonner.

Nous insisterons sur les caractères de ce cliché radiologique qui sont souvent assez particuliers.

On est frappé par l'existence d'une zone triangulaire à base inférieure horizontale, dont les deux côtés supérieurs sont constitués : en avant, par la

racine distale de la deuxième molaire, en arrière, par la dent de sagesse oblique.

De plus il existe souvent une tache arrondie et sombre, traduisant l'existence d'un granulome, à l'un ou l'autre apex de la dent de douze ans, parfois aux deux.

Il peut s'y ajouter un certain degré de résorption radiculaire donnant une image de racine sucée. Cette destruction du tissu cémentaire et dentinaire est d'importance variable, mais en général assez discrète.

La zone triangulaire sombre marquée sur la radio correspond macroscopiquement à un foyer d'ostéite chronique avec destruction osseuse. A l'intervention on le trouve rempli d'une bouillie brunâtre de tissu osseux nécrosé.

Evolution de l'arthrite chronique.

Toutes les complications de la forme précédente se retrouvent ici, l'arthrite aiguë elle-même. Celle-ci survient en effet très souvent comme un épisode paroxystique sur un fond de chronicité qui est susceptible de s'étendre sur une période de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Signalons en outre la possibilité de kystes radiculo-dentaires.

IV. — LES RHIZALYSES

Les dentinites, les pulpites, les arthrites constituent les lésions les plus fréquentes. Nous allons envisager maintenant un accident plus rare et surtout plus rarement constaté : les rhizalyses.

Elles sont plus rares, car leur production paraît nécessiter une position spéciale de la dent de sagesse.

Dans les deux cas où nous l'avons constaté la troisième molaire était incluse très bas dans le maxillaire; sa couronne entraînait en contact avec la partie toute inférieure de la dent de douze ans venant se loger sous la racine et s'emboîtant très exactement dans celle-ci. Au lieu d'être horizontale, elle avait une obliquité très marquée, sa position rappelant un peu la position de la dent permanente par rapport à la dent temporaire qu'elle va remplacer.

Les rhizalyses passent fréquemment inaperçues; en effet elles n'ont aucune symptomatologie bruyante : dans les deux cas constatés les patients n'avaient jamais présenté de phénomènes douloureux. C'est seulement lorsque la résorption était devenue suffisamment importante pour provoquer une mobilité marquée de la dent qu'ils étaient venus consulter et réclamer l'extraction.

Aucune radio n'ayant été faite auparavant, nous n'avons pas eu de cliché radiologique montrant les positions relatives des deux dents.

Mais à l'examen, après l'extraction, la dent de

douze ans présentait une rhizalyse extrêmement étendue, et, dans la cavité ainsi créée, la couronne de la dent de sagesse venait s'emboîter parfaitement, sans le moindre jeu possible, indiquant ainsi la situation relative des deux dents.

De plus l'examen de la cavité radiculaire montrait qu'il ne s'agissait nullement d'une carie banale, car elle ne contenait aucune substance ramollie ; les parois en étaient absolument nettes, polies, constituées par de la dentine saine présentant en tous points la couleur et la consistance du tissu normal.

Formes cliniques.

Rhizalyses à distance.

C'est, semble-t-il, un accident rare. Nous n'en avons jamais rencontré. BERCHER en a rapporté un cas. La résorption portait sur la dent de douze ans, plus sur la racine distale, moins sur la racine mésiale, et aussi sur la dent de six ans mais d'une façon moins intense.

Dans ce cas d'ailleurs l'attention avait été attirée par des troubles névralgiques du côté droit de la face, du crâne et de la nuque.

V. -- LES DEPLACEMENTS DENTAIRES

Plusieurs auteurs, et tout spécialement les orthodontistes, ont observé des cas de déplacements dentaires consécutifs à l'évolution d'une dent de sagesse en malposition.

La troisième molaire, lorsqu'elle est horizontale ou très inclinée, exerce en effet une pression sur les dents situées en avant d'elle. Lorsque celles-ci sont normalement placées, sans diastèmes entre elles, la poussée provoquée par l'évolution de la dent de sagesse demeure sans effet, car l'effort se transmet par les points de contact et il est supporté par la totalité de l'arcade; mais, s'il existe des malpositions, même légères, telles que rotations axiales ou marginales, vestibulo ou linguo-position, les dents ne se maintiennent plus les unes les autres et des déplacements peuvent se produire.

S'ils sont importants, les troubles de l'articulé attirent directement l'attention du sujet. Dans le cas contraire ce sera par exemple une mono-arthrite consécutive à la modification d'engrènement qui donnera l'alarme.

Tels sont les différents accidents dentaires que peut provoquer une dent de sagesse au cours de son évolution. Nous venons d'en brosser le tableau clinique; il nous reste à essayer d'en dégager la pathogénie, ce sera l'œuvre du chapitre suivant.

ETUDE PATHOGENIQUE

La pathogénie des divers accidents que nous venons d'exposer pose des problèmes extrêmement difficiles à résoudre. Aussi, comme toujours en pareil cas, de multiples théories ont été conçues sans que des arguments décisifs aient pu jamais imposer l'une ou l'autre d'entre elles.

Dans les pages qui vont suivre nous allons exposer les différentes conceptions possibles.

I. -- THEORIE MECANIQUE

On ne saurait s'arrêter à la conception d'une théorie purement physique où les caries et les rhizalyses ne seraient que des cavités creusées par la dent de sagesse qui pénétrerait dans la deuxième molaire comme un clou dans une planche.

En effet :

a) L'expérience montre que les pressions seules ne donnent pas de caries : sur une dent les cuspidés qui supportent la poussée antagoniste ne sont jamais cariés en premier, les sillons au contraire sont fré-

quemment lésés. De même les faces mésiales et distales qui sont à l'abri de toute action mécanique masticatoire sont fréquemment le siège de dentinites.

b) Les phénomènes d'abrasion coronaire, qu'on pourrait essayer de rapprocher des rhizalyses, sortes d'abrasions radiculaires, sont produites par des forces mécaniques bien différentes de celles qu'une dent de sagesse peut exercer. Pour qu'une abrasion coronaire se produise, il ne suffit pas qu'une force s'applique en un point; il faut que ce point d'application se déplace, c'est-à-dire qu'il se produise un phénomène de frottement, de rabotage; la dent de sagesse est incapable de le réaliser.

c) D'autre part, si la pression seule expliquait la formation de la cavité dentinaire, pourquoi la couronne de la dent de sagesse ne présenterait-elle pas toujours les mêmes lésions que la dent de douze ans puisqu'elle supporte une poussée réactionnelle très exactement égale à celle qu'elle exerce. Or dans la majorité des cas elle est intacte et dans les cas contraires elle paraît toujours beaucoup moins atteinte, comme s'il s'agissait d'une carie de voisinage par simple contagion.

De même les déplacements dentaires ne sauraient relever d'une cause mécanique simple. Sans doute, les orthodontistes, qui ont le plus fréquemment l'occasion de constater ces phénomènes, savent la possibilité de déplacements par inclinaison osseuse; mais ces pressions ne se produisent que chez des sujets jeunes et dans le sens vestibulo-lingual. Ils

deviennent inconcevables chez des sujets plus âgés, bien calcifiés et dans le sens mésio-distal où les procès alvéolaires se présentent dans toute leur longueur.

Seuls les phénomènes d'arthrite, pourraient évidemment relever d'une étiologie physique pure.

Donc si on prétend invoquer une cause mécanique aux différentes lésions que nous avons étudiées, c'est certainement sous l'action d'un processus beaucoup plus complexe.

Nous envisagerons d'abord pour la clarté de l'exposition la pathogénie des déplacements dentaires.

De nombreux travaux ont étudié depuis une douzaine d'années l'action du facteur mécanique dans les phénomènes de formation osseuse. Nous allons essayer d'appliquer leurs conclusions dans le domaine de notre étude.

La dent de sagesse exerce une poussée sur la dent de douze ans; celle-ci la transmet à la portion d'os en contact avec la face mésiale de la racine. En ce point va se produire par suite de la pression une congestion osseuse anormale d'où: augmentation de la circulation osseuse locale avec diminution de la stase lymphatique interstitielle entraînant un processus de décalcification. De plus, l'examen histologique montre dans les cas analogues l'apparition d'ostéoclastes. Donc il existe deux phénomènes simultanés humoral et cellulaire qui concourent à un même résultat : la destruction de l'os en avant de la racine.

En arrière au contraire, sur la face distale de la

dent il existe une zone osseuse qui subit une pression en quelque sorte négative puisque la dent tend à s'éloigner d'elle. Elle se trouve donc dans des conditions identiques à celles du tissu alvéolaire qui subit en orthodontie non plus une pression mais une traction. En ce point, par suite de la pression anormalement faible se produit une stase lymphatique avec, comme corollaire, un processus de calcification activé; ce processus est d'autant plus intense que la destruction de la zone antérieure a libéré une quantité importante de matériaux. En même temps on voit les ostéoblastes élaborer de nouvelles travées osseuses.

Donc : destruction de l'os en avant de la dent, construction en arrière, tels seraient les deux phénomènes présidant aux pressions dentaires lorsque la dent de sagesse exerce sa poussée.

Lorsque toutes les dents existent sur l'arcade, la poussée que subit la deuxième molaire est transmise non plus au tissu osseux, mais bien à la première molaire dont le contact est immédiat s'il n'existe aucun diastème; l'os, au contraire, est protégé par toute l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire.

La dent de six ans, à son tour, transmet la pression aux dents antérieures. Dans ce cas la deuxième molaire se trouve coincée entre une masse pratiquement inébranlable : la totalité des dents de l'arcade se soutenant mutuellement et d'autre part la dent de sagesse en évolution horizontale.

C'est donc la deuxième molaire qui subit la pres-

sion qui, tout à l'heure, s'exerçait sur l'os péri-alvéolaire.

Ne peut-on invoquer dans ce cas un processus pathogénique comparable au précédent?

La pression exercée siège toujours près, souvent très près de l'apex, orifice nutritif de la dent. Ne pourrait-elle pas provoquer un accroissement de la circulation pulpaire avec, comme conséquence une décalcification de la dentine. La pression de la couronne de la dent de sagesse s'exerce sur toute la dent, mais s'applique en un point précis. A ce niveau s'extérioriserait la diminution de résistance du tissu dentinaire décalcifié par l'apparition soit d'une rhizolyse, soit d'une carie. On peut d'ailleurs penser qu'en ce point, comme les ostéoblastes pour le tissu osseux, les odontoblastes accomplissent une action destructrice.

Cette théorie permettrait en outre, par suite de la congestion pulpaire de la deuxième molaire, de concevoir l'explication des pulpites à rétro survenant au cours d'une évolution de la dent de sagesse sans être précédée d'arthrite.

Dans les cas plus marqués, cette congestion pulpaire peut d'ailleurs s'accompagner de thrombose vasculaire.

ARCÉ et GORDON, dans le bulletin de l'Institut chirurgical de l'Université de Buenos-Ayres ont donné une conception légèrement différente de la théorie tropho-mécanique.

La compression du ligament alvéolo-dentaire en-

traîne un trouble de la nutrition du tissu dentinaire et surtout du ciment. En effet, celui-ci ne renferme pas de vaisseaux; il semble irrigué par imbibition par le ligament alvéolo-dentaire. La dent de sagesse, en comprimant le ligament modifie la nutrition du ciment pas un processus congestif identique à celui que nous avons déjà étudié. De plus le ciment contient des lacunes ou cimentoplastes qui renferment des ostéoblastes. Ceux-ci peuvent agir comme leurs frères du tissu osseux en pareil cas. Donc : décalcification et résorption juste au point de pression, ce qui cliniquement se traduit par une rhizalyse ou une carie.

De plus, comme la poussée est transmise en outre par la dent de douze ans aux dents plus antérieures, le même phénomène peut se répéter sur celles-ci, en plus atténué, expliquant l'existence des lésions à distance.

On peut toutefois se demander pourquoi ce ligament alvéolo-dentaire, qui subit une compression suffisante pour modifier la nutrition du ciment, ne réagit pas lui-même. Car les phénomènes d'arthrite ne sont nullement la règle au cours des dentinites de la deuxième molaire.

II. -- THEORIE INFECTIEUSE

La théorie mécanique est insuffisante pour justifier les lésions de carie qui réclament pour la plupart des auteurs une participation microbienne.

Sans doute, en cas de carie située assez haut sur la face distale, la proximité de la cavité buccale explique aisément l'introduction des micro-organismes. Mais en cas de dentinite siégeant très bas sur la racine, nettement au-dessous du collet, la porte d'entrée n'est plus aussi évidente.

La théorie infectieuse, au contraire, semble pouvoir expliquer la totalité des accidents étudiés, exception faite des phénomènes de gression.

La dent de sagesse, comme toute dent au cours de son évolution, est coiffée d'un sac péricoronaire. On sait la fréquence des infections qui peuvent survenir dans cette cavité. La péricoronarite simple ou suppurée est en effet un accident courant qu'on retrouve à la base de presque toutes les autres complications. Or quand la dent de sagesse est en position oblique, elle vient écraser son sac péricoronaire contre la dent de douze ans. Celle-ci se trouve donc fréquemment en contact avec un foyer infectieux d'autant plus virulent qu'il constitue une cavité close.

Mais une question reste à résoudre: par quelle voie se fait l'infection du sac péricoronaire? La question a été très discutée, différentes hypothèses ont été émises.

Quand la dent de sagesse approche de la muqueuse gingivale, son sac s'ouvre dans la cavité buccale. Cet orifice, d'abord très étroit, constitue évidemment la voie idéale de pénétration microbienne.

Mais dans les cas qui nous occupent, la troisième molaire évolue en position horizontale ou proche de

l'horizontale; elle n'a très souvent aucune tendance à opérer sa désinclusion. Son sac ne peut donc avoir aucune communication directe avec l'extérieur. Pourtant cette malposition ne le met pas à l'abri des accidents de péricoronarite; c'est donc qu'il existe au moins une autre voie d'accès.

A. — Origine endogène.

OMBREDANNE avait évoqué la possibilité d'une infection endogène : le bulbe de cette dent en formation constitue un point physiologiquement congestionné; une infection générale aura tendance à s'y fixer.

Sans doute ce mécanisme est possible mais il ne paraît pas devoir être fréquemment invoqué.

L'origine exogène est certainement beaucoup plus souvent en cause.

B. — Origine exogène alvéolaire.

Le sac péricoronaire vient s'écraser sur la dent de douze ans; il est donc au contact immédiat de l'articulation alvéolo-dentaire. Les microbes ayant pénétré au niveau du collet peuvent descendre le long de la racine et atteindre le sac péricoronaire qui est à son contact immédiat. Ce passage serait facilité d'ailleurs par la poussée qu'exerce la dent de sagesse sur la deuxième molaire; en effet, cette pression applique la dent contre la partie antérieure de son alvéole,

augmentant ainsi l'espace alvéolo-dentaire postérieur.

Malheureusement cette hypothèse soulève deux objections :

a) L'espace alvéolo-dentaire n'est pas une cavité vide : le ligament la remplit.

b) Si l'infection descendait le long de la racine pour atteindre ensuite le sac péricoronaire, il semblerait logique que toute péricoronarite s'accompagnât d'une arthrite aiguë de la dent de douze ans : la clinique prouve qu'il n'en est rien.

C. — Origine exogène par l'iter dentis.

FARGIN-FAYOLLE a montré la possibilité de cette pénétration.

Le sac péricoronaire est relié à la muqueuse gingivale par la lame épithéliale du gubernaculum; au cours de l'évolution dentaire des vacuoles se produisent dans cette lame, constituant comme un chapelet étendu de la muqueuse au sac : c'est l'iter dentis. Par suite de cette disposition anatomique, le sac péricoronaire se trouve donc en relation avec le milieu buccal et par la suite ouvert à l'infection.

Quelles que soient les voies d'accès microbiennes, la péricoronarite explique aisément la formation des caries bas situées. Le développement en cavité close exalte la virulence du microbe qui se trouve au contact, non de l'ivoire, mais du ciment beaucoup moins

résistant; toutes ces conditions justifient l'apparition d'une dentinite d'évolution rapide.

La rhizalyse également peut relever d'une étiologie infectieuse consécutive à des poussées de péri-coronarite.

L'infection chronique entraîne une congestion de toute la région osseuse. Cette hypervascularisation est identique à celle que nous avons étudiée en exposant la théorie mécanique : elle provoque une décalcification et une destruction tissulaire identique. Ce sont ces lésions que les auteurs qualifient de cémentites raréfiantes. Elles se développent de dehors en dedans, du ciment vers le centre de la racine qu'elles peuvent détruire entièrement.

III. -- THEORIE EMBRYONNAIRE

Lorsque la troisième molaire se développe en position normale son éruption se fait verticalement suivant le trajet de l'îter dentis. Les examens histologiques permettent de concevoir, au moins partiellement, l'ensemble des phénomènes qui s'accomplissent et qui sont identiques à ceux qui président à l'évolution de toute autre dent.

On constate deux ordres de phénomènes : d'une part, prolifération puis dégénérescence vacuolaire des cellules épithéliales du gubernaculum, celui-ci se continuant avec la cloche épithéliale du sac péri-coronaire.

D'autre part, une décalcification avec résorption du tissu osseux au voisinage du gubernaculum et du sac.

Il y a un processus intense de prolifération et de destruction cellulaire en même temps qu'une augmentation de la circulation sanguine dans toute cette zone. On ne saurait d'ailleurs préciser si c'est le phénomène congestif qui provoque cette hyperactivité cellulaire ou l'hyperactivité cellulaire qui entraîne cet état congestif; mais il n'en reste pas moins qu'au contact de ce tissu épithélial qui compose le sac péri-coronaire se produit une lyse osseuse et que c'est là un processus physiologique absolument normal puisqu'on le retrouve au cours du développement de tout germe dentaire.

Pourquoi envisager une conception différente lorsque la dent de sagesse a modifié de quelques degrés l'orientation de son axe de développement?

Ne peut-on pas dans ce cas la considérer de la même façon qu'une dent permanente qui vient remplacer une dent de lait; la dent de sagesse évolue en détruisant le tissu osseux situé en avant d'elle grâce à un épais réseau de capillaires à la surface du follicule et à l'intérieur de la pulpe. De ce réseau largement épanoui partent de véritables vaisseaux perforants qui pénètrent l'os et provoquent sa décalcification. Sa destruction est achevée par les ostéoclastes et les cellules géantes. A un moment, par suite de l'inclinaison anormale, au tissu osseux fait place le cément et la dentine de la dent de douze ans. Il n'y

a aucune raison pour qu'un changement se produise. Le processus continue; la troisième molaire se comporte comme une dent de remplacement.

Il n'y a pas à faire intervenir un phénomène de pression mécanique. En effet, une dent permanente n'exerce pas de pression sur la dent de lait. S'il en était autrement, la dent temporaire devrait s'extruser avant de tomber, la brièveté de ses racines à moitié résorbées ne lui permettant pas de résister à une poussée exercée verticalement.

Il n'y a pas non plus à invoquer un facteur infectieux; l'évolution de la dent permanente est un phénomène physiologique où la pathologie microbienne n'est pas en cause.

La congestion vasculaire intense qui entoure le bourgeon de la dent de remplacement est simplement identique à celle qui se produit dans l'épiphyse fertile d'un os long en voie d'accroissement.

La rhizalyse se trouve ainsi entièrement expliquée, la dentinite également : elle ne serait qu'une rhizalyse haut située, infectée secondairement en raison de la proximité de la cavité buccale.

Cette théorie a l'avantage d'expliquer la fréquence des lésions de dentinite sur lesquelles aucun signe fonctionnel n'avait attiré l'attention. Seule une radiographie fortuite, faite par exemple pour un autre accident de dent de sagesse en révèle l'existence; elles ont été silencieuses comme le sont normalement les rhizalyses des dents de lait lors de l'évolution des dents permanentes.

IV. -- THEORIE NEUROTROPHIQUE

A propos d'un cas de rhizalyse, que nous avons déjà signalé et qui portait principalement sur la dent de 12 ans, accessoirement sur la dent de 6 ans et qui ne s'accompagnait d'aucune manifestation inflammatoire ou infectieuse, mais de troubles nerveux, BERCHER a invoqué la probabilité d'un processus neurotrophique.

Quel serait alors le trajet exact de l'arc réflexe ? L'irritation provoquée par l'évolution de la dent de sagesse est-elle recueillie « par les fibres terminales du trijumeau qui forment dans la gencive un plexus aux mailles riches et serrées » (THIBAUT) et transmise au sympathique ou au parasympathique avec comme conséquence des modifications circulatoires régionales entraînant des troubles de nutrition des tissus ? ou bien est-ce un phénomène purement nerveux sans participation vasculaire ? L'état actuel de nos connaissances ne permet pas de le préciser.

En résumé nous voyons que l'étiologie des accidents dentaires de la dent de sagesse suggère de multiples hypothèses qui invoquent des mécanismes très différents.

Il est malheureusement impossible à l'heure actuelle d'accorder la préférence à l'une ou l'autre pathogénie; mais, quelle que soit la théorie, on est obligé de constater que toutes présentent un caractère commun essentiel : elles reconnaissent l'exis-

tence d'un phénomène d'hypervascularisation sanguine ayant comme conséquence la décalcification et la destruction tissulaire de la zone hyperémiée. Les divergences n'apparaissent que sur la cause de ce processus congestif.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

Deux principes essentiels doivent dominer toute la conduite thérapeutique.

I. EXTRAIRE LA DENT DE SAGESSE;

II. CONSERVER LA DENT DE DOUZE ANS.

Il est inutile, en effet, de traiter la dentinite ou la pulpite de la 2^e molaire si auparavant on n'a pas supprimé la cause première de ces lésions : la dent de sagesse en évolution horizontale ou oblique. Agir autrement serait s'exposer à des récives certaines et rapides.

I. -- EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE

Il faut pratiquer cette intervention avec le souci dominant de ne léser en rien la dent de 12 ans. En aucun cas les difficultés opératoires ne sauraient justifier sa mutilation, même légère, à plus forte raison son extraction.

Nous allons rapidement décrire l'acte chirurgical en insistant sur les détails qui permettent de respecter intégralement la dent voisine.

Dans un premier temps :

On fera une incision longitudinale de la muqueuse gingivale mesurant environ 2 centimètres et aboutissant en avant à la face distale de la dent de 12 ans. Puis contournant le collet de cette dent dans sa portion disto-vestibulaire on prolongera verticalement l'incision de 1 cm. 1/2 sur la face externe du maxillaire.

On ruginera alors le lambeau de muqueuse ainsi découpé, pour mettre à nu la portion de table osseuse qui recouvre la dent en haut et en dehors.

Dans un deuxième temps :

On fera sauter à la gouge et au maillet toute cette portion d'os, en dégageant d'abord la couronne de la dent, puis en se rapprochant de plus en plus de la racine. La destruction de l'os ne doit porter que sur la région vestibulaire et sur le bord supérieur du maxillaire; elle ne doit jamais atteindre la partie linguale.

Il n'est pas nécessaire de dégager la dent jusqu'à l'apex.

En effet :

A) Après avoir bien dégagé la couronne et une partie de la racine, on peut essayer de luxer la dent en glissant un élévateur américain entre la dent et la table externe. Il faut exercer une pression très douce sans jamais forcer : on voit la dent se soulever et l'extraction se termine sans peine.

B) Mais souvent aussi, et c'est le cas le plus fréquemment rencontré dans l'étude qui nous occupe,

la dent de sagesse est coincée contre la dent de 12 ans; il faut alors envisager deux cas cliniques :

a) La dent de sagesse bute contre la 2^e molaire, mais sans la pénétrer. Il faut, après avoir bien dégagé la couronne et la partie haute de la racine, sectionner la couronne.

Pour ce faire le plus simple et le plus rapide consiste à appliquer un coup sec de maillet sur un ciseau droit placé perpendiculairement sur la couronne; si on craint de déraper on peut auparavant faire une petite encoche à la fraise ou au disque dans laquelle on engagera le tranchant du ciseau.

On peut également faire la section au disque ou à la fraise, mais l'opération est alors beaucoup plus longue et beaucoup plus difficile.

Lorsque la couronne est ainsi coupée en deux morceaux on sort d'abord la portion qui touche la 2^e molaire avec un élévateur; puis, la deuxième portion n'étant plus bloquée, on la fait progresser avec un élévateur droit ou on la tire en avant avec le davier à dent de sagesse et on la sort sans difficulté.

b) La dent de sagesse pénètre dans la 2^e molaire, qui présente une cavité de carie.

Si on sectionnait la dent de sagesse en deux morceaux seulement, le fragment antérieur resterait bloqué; on ne pourrait le sortir qu'en traumatisant la dent de 12 ans.

Il faut alors couper la dent, non plus en deux, mais en trois. On fait une première coupure au niveau de la racine de façon que le plan de section soit

orienté en bas et un peu en avant; puis une deuxième coupure sur la couronne, le plan de section étant oblique en bas et un peu en arrière.

On obtient ainsi trois tronçons : un antérieur coïncé par la 2^e molaire, un postérieur coïncé dans l'alvéole et un moyen plus large en haut qu'en bas. On peut sans peine faire sauter à l'élévateur ce fragment moyen que rien ne retient. A ce moment le fragment antérieur peut être rejeté en arrière et extrait. Le fragment postérieur sort en dernier comme précédemment.

Telle est la technique opératoire normale qui doit présider à l'extraction d'une dent de sagesse horizontale.

Nous voudrions dire maintenant quelques mots d'une méthode que nous croyons assez peu connue : l'extraction en plusieurs temps.

1^{er} temps : On place un arsénieux dans la 3^e molaire.

2^e temps : une huitaine de jours plus tard, quand la dévitalisation est opérée, on procède à une légère insensibilisation locale de la muqueuse en injectant quelques gouttes de novocaïne.

On découpe alors avec un disque ou une fraise une tranche de couronne et on fait sauter la portion ainsi libérée.

3^e temps : Avec le temps la dent de sagesse continue à se mésialer; l'espace vide qu'occupait la partie de dent que nous avons fait sauter va donc être à nouveau occupé par une portion de couronne. A ce mo-

ment, deuxième intervention à la fraise ou au disque pour supprimer ce morceau.

On continue ainsi jusqu'au moment où, de fragment en fragment, on aura réussi à faire disparaître toute la dent de sagesse.

Cette méthode ne saurait évidemment remplacer l'intervention classique que nous avons décrite en premier, mais elle peut être appelée à rendre des services chez des patients pusillanimes qu'effraient la perspective d'un acte chirurgical sanglant. Elle n'est d'ailleurs possible que si la couronne apparaît, au moins partiellement, dans la cavité buccale.

II. -- TRAITEMENT DE LA DEUXIEME MOLAIRE

Nous avons insisté au début de ce chapitre sur la nécessité de conserver cette dent. Nous ne voyons en effet que quatre cas où son extraction soit justifiée :

A) Si la dent de sagesse est horizontale et profondément située, elle peut venir buter très bas sur la racine, au niveau de l'apex, ou même s'engager sous celle-ci.

Dans ce cas la racine se trouverait mise à nu sur toute sa hauteur, sa conservation deviendrait illusoire.

B) Si la dent de 12 ans présente de grosses lésions apicales, kystes ou volumineux granulomes, ou une arthrite suppurée.

C) S'il existe une résorption radiculaire telle que la stabilité de la dent se trouve gravement compromise.

D) Si la dent de 12 ans est en assez mauvais état et si la dent de sagesse, étant très peu couchée, pousse sous la dent de 12 ans à la façon d'une dent permanente sous une dent temporaire, on peut être autorisé, dans ce cas exceptionnel, à extraire la 2^e molaire pour que la 3^e vienne prendre sa place sur l'arcade.

En dehors de ces quatre cas il nous semble indispensable de conserver la 2^e molaire.

Les soins à exécuter ne présentent pas de caractères spéciaux, sauf sur un point.

Si la cavité de carie, comme c'est le cas le plus fréquent, est situé très bas, au niveau de la racine, lorsqu'on trépane la dent sur sa face triturante pour exécuter les soins de canaux, la sonde qu'on enfonce dans la chambre pulpaire pénètre dans la cavité de carie et vient ressortir sur la face distale de la racine.

Il faut alors, avant de traiter la dent, procéder à l'obturation de ce pertuis qui constitue l'équivalent d'un faux canal au point de vue thérapeutique.

Plusieurs méthodes ont été préconisées.

Ceratins praticiens conseillent d'obturer l'orifice avec une mince feuille d'or qu'on brunit soigneusement pour bien fermer le pertuis.

Nous n'avons jamais employé cette technique qui nous paraît d'une application extrêmement délicate.

Le moyen le plus simple, qui donne d'ailleurs d'excellents résultats, consiste à obturer l'orifice avec une pâte eugénol très dure. Elle ne provoque aucune réaction. On peut ensuite traiter la dent suivant les procédés habituels.

OBSERVATIONS

Dans ce chapitre nous avons rassemblé toutes les observations qui nous ont paru intéressantes pour notre étude, les unes communiquées par M. le Docteur L'HIRONDEL et M. le Docteur FLEURY, d'autres réunies par nous-mêmes, d'autres enfin recueillies dans la littérature stomatologique.

OBSERVATION I

M. X..., se plaint, depuis trois semaines environ, d'une douleur brève, assez vive, au chaud et au froid, douleur qu'il localise nettement au niveau de sa deuxième molaire inférieure droite.

A l'examen on note une dentinite de la face distale de cette deuxième molaire ; immédiatement en arrière de cette cavité, on voit, à moitié sortie de la muqueuse, la couronne d'une dent de sagesse horizontale.

Toutes les dents sont au complet sur l'arcade ; on note, comme autres lésions, seulement une carie de la face vestibulaire de la première molaire inférieure gauche, d'ailleurs soignée antérieurement.

OBSERVATION II

M. X..., vient consulter pour une pulpite de la première prémolaire supérieure gauche.

Il se plaint accessoirement d'une certaine sensibilité, lorsqu'il boit chaud ou froid, au niveau de ses molaires inférieures gauches sans pouvoir préciser davantage.

A la sonde on découvre une cavité peu profonde sur la face distale de la dent de douze ans ; on nettoie la cavité à l'excavateur qui s'enfonce de deux ou trois millimètres sous le cul-de-sac gingival.

Immédiatement en arrière émerge la partie supérieure de la couronne de la troisième molaire très inclinée sur l'horizontale.

OBSERVATION III

Mme X..., a subi, il y a quatre jours, l'extraction de la première molaire inférieure droite qui était, paraît-il très abîmée ; elle vient parce qu'elle présente actuellement, dans cette région une douleur très vive, continue, irradiant vers l'oreille et dans toute la branche horizontale du maxillaire.

A l'examen : alvéolite banale au niveau de l'extraction.

De plus, pulpite douloureuse de la dent de douze ans voisine, avec grosse sensibilité au chaud et au froid ; la cavité de carie siège sur la face triturante.

L'extraction de la première molaire ayant été pénible, on fait une radio, car on pense à la possibilité d'un séquestre d'alvéole fracturée.

La radiographie ne montre rien au niveau de la dent

extraite mais par contre, on constate l'existence d'une dent de sagesse oblique en pleine évolution, venant s'appuyer sur la racine de la deuxième molaire. Celle-ci présente juste à cet endroit une encoche qui épouse la forme de la couronne de la dent de sagesse.

L'alvéolite étant terminée, la deuxième molaire est extraite quelques jours plus tard sur la demande expresse de la patiente qui refuse de la faire soigner. On vérifie, après extraction l'existence réelle de la dentinite radiculaire que montrait la radio : c'est une cavité peu profonde, en forme de calotte de sphère, dont les parois sont constituées par de la dentine ramollie.

A signaler en outre : l'existence d'une dentinite sur la face mésiale des deux prémolaires inférieures droites au niveau des points de contact.

Toutes les autres dents sont sur l'arcade.

OBSERVATION IV

M. X..., vient consulter pour une douleur continue, avec otalgie, au niveau du groupe molaire inférieur gauche.

La dent de douze ans porte une grosse carie sur sa face distale, la cavité est située très bas sur la couronne et s'enfonce profondément dans la racine. La dent de sagesse sort à peine de la muqueuse. La radiographie la montre oblique à 45° sur l'horizontale ; elle pénètre dans la cavité de carie.

OBSERVATION V

M. X..., vient pour péri coronarite suppurée de la dent de sagesse inférieure gauche. Depuis un an et demi il a

déjà présenté des accidents identiques qui ont rétrocedé : douleur rétromolaire très vive, trismus léger et dysphagie, la pression fait sourdre un peu de pus au niveau de la dent; la deuxième molaire présente une grosse cavité pénétrant largement jusqu'à la chambre pulpaire : toute la face distale et les deux tiers postérieurs de la face triturante sont détruits. La dent est un peu douloureuse au froid et à la percussion.

A la radio : dent de sagesse horizontale avec un liseré sombre, traduisant l'épaississement de la partie inférieure du sac péricoronaire.

Sur la dent de douze ans : image de la cavité dentinaire, liseré noir d'arthrite le long des racines et granulome aux deux apex.

L'interrogatoire révèle que la malade a souffert, il y a environ un an, de cette dent, douleur vive, spontanée, gênant le sommeil. La souffrance a peu à peu disparu, mais à plusieurs reprises, elle est devenue sensible à la mastication.

Donc : pour la dent de douze ans : pulpite congestive maintenant au stade gangréneux, arthrite chronique avec poussées aiguës, le tout coexistant avec des accidents de péri coronarite de la dent de sagesse en malposition.

OBSERVATION VI

Mme X..., douleur spontanée, prolongée, très vive de la dent de douze ans, inférieure droite avec otalgie ; la malade ne peut dormir.

La recherche de la douleur provoquée au chaud et au froid est positive.

A la percussion : sensibilité légère.

A l'examen endo-buccal : aucune cavité de dentinite ou de pulpite.

A la radiographie : dent de sagesse incluse en pleine évolution, dirigée obliquement ; elle vient toucher la deuxième molaire qui ne présente aucune image de carie.

On met un arsénieux sur la dent de douze ans ; la patiente revient cinq jours après ne souffrant plus.

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le Docteur L'HIRONDEL.)

Mme E. de L..., vient consulter le 28 octobre 1929 pour des névralgies faciales siégeant dans tout le domaine du trijumeau gauche. Ces névralgies sont continues avec paroxysmes. Les traitements médicaux n'ont donné aucun résultat et on en arrive à incriminer les dents ,en particulier un bridge étendu de la deuxième molaire inférieure gauche à la deuxième prémolaire inférieure gauche.

Le bridge à la percussion ne révèle aucune sensation douloureuse ; les apex sont silencieux à la pression. Aux agents thermiques la deuxième molaire semble réagir faiblement.

C'est la radiographie qui indique la vraie cause de la névralgie : le bridge est construit sur dent vivante et il existe une pulpite de la deuxième molaire, occasionnée par la dent de sagesse en position horizontale ; on voit nettement sur la radiographie l'image de la carie coronoradiculaire.

OBSERVATION VIII

Mlle X..., a présenté, il y a un an environ, une pulpite aiguë, avec douleur vive, au niveau de la dente de douze

ans inférieure droite. La cavité de carie qui s'étendait sur les faces distale et triturante a été obturée à l'amalgame d'argent.

Elle vient, parce qu'à nouveau, elle présente dans cette région une douleur continue, irradiée, à renforcement nocturne.

A l'examen on note une carie de la dent de sagesse qui est inclinée en avant et vient buter sur la deuxième molaire.

A la radiographie on constate que la cavité de la dent de sagesse avoisine la pulpe et que la cavité de la dent de douze ans, antérieurement comblée, s'est agrandie sur la face distale, au niveau du collet.

OBSERVATION IX

Mme X..., douleur de pulpite de la région inférieure droite.

A l'examen : carie de la face distale de la dent de douze ans s'enfonçant en avant jusqu'à la pulpe en bas jusqu'à la racine.

La dent de sagesse vient buter en arrière et présente une petite carie sur son cuspide antérieur.

OBSERVATION X

M. X..., externe des hôpitaux, présente au niveau de la dent de douze ans inférieure droite une gêne assez vive à la mastication. Cette douleur survient depuis un an et demi par périodes espacées d'un mois ou deux ; en même temps la dent est un peu sensible au froid ; la percussion est légèrement douloureuse.

A la radiographie : dent de sagesse horizontale coincée contre la dent de douze ans qui ne porte aucune carie.

OBSERVATION XI

Mme X..., réclame l'extraction de sa deuxième molaire supérieure extrêmement mobile ; elle ne souffre pas et déclare n'avoir jamais souffert.

La dent ôtée, on constate que la racine distale et la racine palatine sont rongée de l'apex au quart supérieur. La cavité ainsi creusée est limitée par une dentine saine, de consistance normale.

Dans le fond de l'alvéole apparaît la dent de sagesse ; la cavité de la racine se moule exactement sur sa racine.

OBSERVATION XII

M. X..., vient demander l'extraction de sa dent de douze ans inférieure droite, très mobile. Elle présente une grosse carie de sa face triturante, obturée il y a longtemps.

La dent, une fois extraite, montre une très grosse cavité sur la face distale de sa racine, dans laquelle s'encastre très exactement une dent de sagesse incluse.

La cavité est lisse, sans dentine ramollie. Il n'y avait aucun signe fonctionnel en dehors de la mobilité.

OBSERVATION XIII

(Due à M. le Docteur FLEURY)

Mlle X..., 22 ans, infirmière, présente depuis un an et demi une infraclusion totale qui va en s'accroissant rapidement. On constate actuellement une béance incisive de plus d'un centimètre, béance qui n'existait certainement pas auparavant puisque le groupe incisif porte des facettes d'usure ; les deux arcades n'entrent en contact qu'au niveau des dents de douze ans et de six ans qui présentent une forte supragression. Les deux dents de sagesse inférieures sont en évolution assez oblique depuis deux ans et celle-ci n'est pas encore terminée.

OBSERVATION XIV

(Empruntée au Docteur BERCHER)

Revue de Stomatologie, octobre 1931.

B..., 26 ans. Pas une carie. L'incisive centrale inférieure gauche manque. Elle a été chassée hors de l'arcade du côté vestibulaire par la poussée des deux dents de sagesse évoluant simultanément et est finalement tombée, il y a quatre ans, l'espace est maintenant comblé.

OBSERVATION XV

(Même origine que la précédente.)

H..., 30 ans, maxillaire inférieure intact, les dents de sagesse évoluent simultanément. Il ne s'est pas produit de caries mais des déplacements. Le sujet a observé que

ses incisives qui étaient implantées très régulièrement se déplaçaient depuis deux ans.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par M. le Docteur FLEURY.)

M. X..., porteur depuis dix mois d'un bridge allant de la canine supérieure gauche à la deuxième molaire supérieure droite, vient parce qu'il présente depuis quinze jours une arthrite subaiguë au niveau de la première prémolaire inférieure droite.

A l'examen la dent est vivante et sans la moindre carie.

On pense à une arthrite mécanique due à une suroclusion causée par le bridge bien que celui-ci soit resté plus de neuf mois sans donner d'accidents. On rétablit l'articulé.

Quatre mois plus tard le patient revient présentant les mêmes troubles après trois mois de tranquillité.

On pense à la possibilité d'une pression en rapport avec l'évolution d'une dent de sagesse inférieure droite.

On fait une radiographie qui confirme le diagnostic.

CONCLUSIONS

Les accidents dentaires consécutifs à l'évolution de la dent de sagesse en malposition n'ont jamais fait l'objet d'un travail d'ensemble.

I. — Nous avons essayé d'en établir les DIFFÉRENTES VARIÉTÉS CLINIQUES :

A) *Dentinites* :

Coronaires,
Corono-radiculaires,
Radiculaires.

B) *Pulpites* :

Congestives,
Suppurées,
Gangréneuses,

Chacune présentant la même subdivision anatomique que la dentinite.

C) *Arthrites* :

Aiguës,
Chroniques.

D) *Rhizalyses*.

E) *Pressions dentaires*.

II. — Nous avons envisagé les DIFFÉRENTES THÉORIES susceptibles d'expliquer la PATHOGÉNIE de ces divers accidents :

A) *Théorie mécanique :*

La pression de la dent de sagesse sur la 2^e molaire est un facteur de congestion sanguine régionale. Cette hypervascularisation entraîne une décalcification et une lyse tissulaire dont les diverses lésions étudiées sont la conséquence clinique.

B) *Théorie infectieuse :*

La congestion régionale, cause de décalcification et de destruction tissulaire serait la réaction locale de l'organisme à une infection du sac péricoronaire.

C) *Théorie embryonnaire.*

Elle invoque également l'hypervascularisation, mais l'attribue simplement à la congestion vasculaire intense qui accompagne tout bourgeon dentaire en voie de développement.

D) *Théorie neutrophique :*

Elle fait intervenir l'irritation produite sur le trijumeau ou le sympathique par la dent évoluant en malposition, entraînant peut-être une réaction vasomotrice locale.

III. — Nous avons terminé en envisageant les
CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES qui résulteraient de
cette étude :

A) *Extraction de la dent de sagesse.*

B) *Conservation de la dent de douze ans.*

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCÉ et GORDON. — *Bulletin de l'Institut de Clinique Chirurgicale de Buenos-Ayres*, N^{os} 48, 49, 1930.
- BERCHER, FARGIN, FAYOLLE, FLEURY, LACAISSE. — Pathologie dentaire. Tome II, *De la pratique stomatologique*.
- BERCHER et NAR. — Essai sur le rôle des pressions péri-dentaires dans la pathogénie de la carie. *Revue de Stomatologie*, octobre 1931.
- CAPDEPONT. — Pathogénie des accidents de dent de sagesse. *Revue de Stomatologie*, 1902.
- CHOMPRET, DÉCHAUME, RICHARD. — Technique chirurgicale bucco-dentaire. Tome III, *De la pratique de stomatologique*.
- DIEULAFÉ et HERPIN. — Les accidents de dent de sagesse. *Revue de Chirurgie*, 1907.
- FARGIN, FAYOLLE. — Accident de la première dentition traité de stomatologie de Gaillard et Nogué. T. II.
- FREY. — Os, dent, calcification, décalcification, déductions pathologiques. *Revue de Stomatologie*, janvier-février 1928.
- IZARD. — Orthodontie. Tome VII de la pratique stomatologique.
- LÉRICHE et POLICARD. — Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os.

L'HIRONDEL. — Notions sur la carie dentaire. *Revue de Stomatologie*, mars 1934.

OMBREDANNE et BROcq (Pierre). — Maladie des mâchoires
Tome XIX du *Nouveau Traité de Chirurgie*.

THIBAUT. — Etude critique des accidents de la première
dentition. *Thèse* 1925.

— Petite chirurgie de la bouche.

